



Établissement médico-social

1	Le contexte général.....	2
1.1	La typologie des établissements pour personnes âgées.....	2
1.1.1	Les établissements sanitaires	2
1.1.2	Les établissements médico-sociaux	2
1.1.3	Les établissements publics.....	3
1.1.4	Les établissements privés	4
1.2	Le fonctionnement des établissements médico-sociaux	4
1.2.1	Le projet d'établissement.....	5
1.2.2	Le projet de vie	5
1.2.3	Le projet de soins.....	6
1.2.4	Le personnel en établissement	7
2	Les enjeux politiques et législatifs des établissements médico-sociaux	8
2.1	Des hospices aux maisons de retraite	8
2.1.1	18 ^{ème} - 19 ^{ème} siècle : la prise en charge des vieillards indigents	8
2.1.2	20 ^{ème} siècle : le renouveau de la prise en charge	9
2.2	Des maisons de retraite aux EHPAD.....	9
2.2.1	« La loi sociale » de 1975.....	9
2.2.2	- La réforme de la tarification de 1997	10
2.2.3	La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 .	11
2.2.4	La Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » en 2009	12
3	Les enjeux sociaux de la prise en charge en établissement.....	15
3.1	Le profil des résidents.....	15
3.1.1	Une majorité de femmes.....	15
3.1.2	Un âge élevé	15
3.1.3	Une forte perte d'autonomie.....	16
3.2	L'isolement social des résidents des établissements.....	17
3.2.1	Les liens familiaux.....	17
3.2.2	La situation matrimoniale	18

1 Le contexte général

1.1 La typologie des établissements pour personnes âgées

1.1.1 Les établissements sanitaires

Les établissements sanitaires peuvent être à la fois des services de soins et de rééducation (appelés autrefois centres de moyen séjour) ou des unités de soins de longue durée (USLD) :

- *Les services de soins et de rééducation (SSR)* : Ils accueillent pour une durée limitée (maximum 3 mois par an) des personnes nécessitant des soins de rééducation suite à une pathologie aiguë et à une hospitalisation.
- *Les unités de soins de longue durée (USLD)* : Ils accueillent des personnes ayant perdu leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements médicaux d'entretien. Dans leur majorité, elles sont rattachées à un établissement hospitalier.

1.1.2 Les établissements médico-sociaux

Les établissements médico-sociaux désignent une personne morale publique ou privée, bénéficiant de fonds publics pour remplir une mission de service public telle que décrite au Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). En gérontologie, les EHPA (D) (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées - dépendantes) regroupent désormais l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire, de jour ou de nuit, dépendantes ou autonomes.

Différents lieux d'accueil existent en France :

- *Les maisons de retraite non médicalisées (EHPA)* qui ont pour mission d'accueillir collectivement des personnes âgées valides ou en perte d'autonomie légère et proposent des services collectifs obligatoires.
- *Les maisons de retraite médicalisées pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)* accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie et désorientées.
- *Les foyers-logements* qui sont des ensembles de logements autonomes assortis de services collectifs dont l'usage est facultatif. Ce sont des établissements qui sont considérés comme substitut de domiciles. Ils peuvent accueillir des personnes en perte d'autonomie dans certaines conditions (voir Loi 2002-2).
- *Les petites unités de vie* qui sont des lieux d'accueil qui ne peuvent pas excéder 24 résidents. Leur projet est de maintenir une vie comme dans un domicile ordinaire tout en partageant une vie communautaire choisie.
- *Les Maisons d'Accueil Rurale pour Personnes Agées (MARPA)* sont des petites unités de vie non médicalisées limitées à moins de 25 résidents. Elles sont inscrites dans une politique de logement social et leur projet a pour l'objectif d'offrir un

« vrai chez soi » aux personnes âgées qui vivent dans de l'aire géographique voisine, commune ou communauté de communes.
<http://www.marpa.fr/index.php?id=5>

- *L'hébergement temporaire* qui accueille des personnes ayant besoin d'un soutien temporaire en raison, par exemple, d'une absence momentanée de l'aide familiale ou de voisinage ou bien d'un problème de fragilité particulière comme une hospitalisation etc. Ces accueils sont principalement proposés au sein des EHPAD mais quelques unités de vie ont pu être créées spécifiquement pour accueillir des personnes en hébergement temporaire.

Les établissements ont depuis la réforme de 2001 le choix entre deux statuts juridiques : être un EHPA ou un EHPAD - Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes). Un EHPAD accueille des personnes âgées dépendantes nécessitant des soins infirmiers et médicaux. Un établissement devient EHPAD dès que le niveau de dépendance de ces résidents (GIR Moyen Pondéré) est supérieur à 300.

Si l'établissement est classé EHPA, il doit conclure une convention avec le Président du Conseil général, tous les cinq ans. Si l'établissement est classé EHPAD, il doit conclure une convention pluriannuelle (5 ans) avec le Président du Conseil général et l'autorité de l'Etat compétente en matière d'autorisation et de tarification des établissements et services pour personnes âgées dépendantes (depuis 2010, ce sont les Agence Régionale de la Santé). Ces conventions définissent les conditions de fonctionnement tant sur le plan financier qu'au niveau de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. Elle détermine les moyens à mettre en œuvre pour cela. Cette condition concerne les maisons de retraite, les logements-foyers, mais aussi certains établissements sanitaires qui ont redéfinis des places d'unités de soins de longue durée en longs séjours médico-sociaux.

Au 31 décembre 2007, il existait plus de 10 305 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) dont 6504 maisons de retraite, 2786 logements-foyers, 903 unités de soins de longue durée et 112 résidences d'hébergement temporaire. Ces établissements peuvent avoir un statut public ou privé.

Les maisons de retraite proposent le plus grand nombre de places, totalisant 69% de la capacité d'accueil de l'ensemble des établissements, les logementsfoyers en offrent 21%, les unités de soins de longue durée 10% et les résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux, 0,3%¹.

1.1.3 Les établissements publics

Ils peuvent être autonomes, c'est-à-dire qu'ils ont un budget propre, ou rattachés à un établissement sanitaire comme un hôpital ou encore à une collectivité territoriale comme une commune ou un département. Le prix de ces établissements est fixé en accord avec le Conseil général car ils sont majoritairement habilités à l'aide sociale, ils peuvent ainsi accueillir les

¹ J. Prévot, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, *DREES Etudes et Résultats*, n°689, mai 2009.

résidents dont les ressources sont faibles et qui peuvent bénéficier de l'aide sociale pour payer le prix de leur hébergement.

Fin 2007, le secteur public représentait 4801 structures dont 2732 maisons de retraite environ 60% de la capacité d'accueil de l'ensemble des institutions².

1.1.4 Les établissements privés

Il existe deux catégories d'établissements privés soit ils sont *privés à but non lucratif*, et dépendent d'une mutuelle, d'une congrégation religieuse ou d'une association « loi 1901 » soit ils sont *commerciaux* et dépendent d'un propriétaire particulier ou d'un groupe ayant ou non des actionnaires. Selon certains, les grands groupes tendent à consolider leur existence par un renforcement de leur présence géographique et économique ce qui laisse peu de marge de manœuvre aux entrepreneurs privés individuels³.

Le secteur privé est en expansion. En effet, en 2003 le nombre de places en maisons de retraite a augmenté de + 7% et plus la moitié des nouvelles places ont été créées dans le secteur privé commercial⁴. Il représente en 25007 1701 établissements dont 1604 maisons de retraite environ 14% de la capacité d'accueil. Le secteur privé non lucratif est largement présent également avec 2850 établissements ce qui représente 26% des capacités d'accueil.

La répartition entre le public et le privé relève des données géographiques et socio économiques. Le tarif journalier concernant l'hébergement pratiqué dans le privé implique d'être au plus près des populations à moyen et haut revenu. Ils sont donc davantage situés autour des grandes villes. A l'inverse, dans le public, le tarif journalier moyen est souvent plus faible et s'adresse donc à un plus large public. Ainsi, les collectivités locales par des établissements publics tentent de proposer un hébergement aux populations quel que soit leur revenu, tandis que le secteur privé commercial est en recherche de lieux d'implantation à fort rendement résidentiel. On peut situer les organismes à but non lucratifs entre ces deux tendances.

Dans tous les établissements, qu'ils soient publics ou privés, le résident peut bénéficier de l'Allocation Personnalisée au Logement (APL) et de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

1.2 Le fonctionnement des établissements médico-sociaux

Les établissements sont contraints de respecter un certain nombre de règles de fonctionnement qui prennent la forme de différents projets. Pour Jean-Jacques Amyot, psychosociologue et Annie Mollier, docteur en administration publique, l'évolution des pratiques de gestion, de management et de réglementation relative aux établissements d'hébergement pour personnes

²J. Prévot, *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, DREES, *Études et Résultats*, n°689, mai

³G. Duthil, *L'arrivée du privé dans la prise en charge*, *Gérontologie et Société*, n°123, décembre 2007.

⁴F. Tugores, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel*, DREES *Études et Résultats*, n°379, février 2005.

âgées a contribué à l'empilement d'une pluralité de concepts permettant de qualifier la démarche de projets des institutions⁵.

1.2.1 Le projet d'établissement

Il donne le cadre de référence de l'action des professionnels. Il définit les missions, les valeurs sur lesquelles les professionnelles vont s'appuyer dans leur pratique quotidienne. Il donne les objectifs de l'établissement en termes de coordination, de coopération, de développement, d'évaluation des activités et de qualité des prestations offertes par l'établissement. Il est élaboré en concertation avec les différents acteurs de la structure d'accueil:

- le Conseil d'Administration de l'établissement qui détermine les politiques, les objectifs et les missions de l'établissement,
- les résidents qui expriment leurs souhaits et font des suggestions,
- le personnel qui contribue à l'élaboration du projet,
- les intervenants extérieurs (kinésithérapeute, médecins, bénévoles...),
- les organismes de contrôle peuvent participer à la réflexion car ils sont parties prenantes dans le conventionnement.

Le projet d'établissement comprend à la fois :

- ./ Le projet de l'organisme gestionnaire ou projet institutionnel,
- ./ Le projet de vie de l'établissement,
- ./ Le projet de soins,
- ./ Le projet architectural (si le besoin existe)

Le projet d'établissement n'a pas toujours eu beaucoup d'échos dans les établissements en raison d'une forte complémentarité ou d'une confusion avec le projet de vie. Toutefois, la loi du 2 janvier 2002 a confirmé l'obligation faite à tous les établissements d'en réaliser un. Sa rédaction est ainsi rendue obligatoire dans le cadre des conventions tripartites et des démarches qualité. Le projet d'établissement est donc la ligne directrice de l'évolution de l'établissement (notamment dans les cinq années qui suivent la signature de la convention).

Le lien avec le projet institutionnel : selon l'arrêté du 26 avril 1999, le projet institutionnel de l'organisme gestionnaire est le cadre de présentation du projet de l'établissement dans lequel s'inscrit le projet de vie et de soins. Il définit le cadre de référence philosophique, morale et humain de l'organisme gestionnaire de l'établissement ainsi que les missions et les choix stratégiques pour répondre aux besoins des résidents et des partenaires.

1.2.2 Le projet de vie

Il permet de délivrer une information claire sur le fonctionnement de l'établissement, les droits et les obligations des résidents, leur condition d'accueil et d'accompagnement. Selon A.

⁵ J-J Amyot, A. Mollier, *Mettre en oeuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris, Dunod, 2002.

Mollier et JJ. Amyot, le projet de vie pourrait se définir comme la concrétisation des orientations du projet institutionnel. Il en précise :

- Les références éthiques et les décline en projets d'actions,
- Les modalités d'expressions et de participation des usagers (résidents, familles, extérieurs),
- La participation des personnes à la vie locale,
- La vie quotidienne et le fonctionnement des différents services,
- Les caractéristiques et les modalités de gestion des ressources humaines au sein de l'établissement,
- Enfin, les conditions d'habitat et le cadre architectural qui permettra de définir le projet architectural en cas de restructuration, amélioration ou construction du cadre bâti.

Le projet de vie est un outil permettant aux professionnels de remettre en question leur mode d'accompagnement. Il va balayer les grandes fonctions de l'établissement, en faire un état des lieux puis créer de nouveaux projets pour améliorer les prestations (accueil, restauration, accompagnement de la fin de vie, la participation à la vie sociale, etc...) en s'appuyant sur la réflexion. Il permet donc de repenser les différents services de l'établissement et d'attribuer au maximum le personnel nécessaire au bon fonctionnement du service. Par exemple, dans l'organisation du travail, des horaires peuvent faire l'objet d'aménagement dans le respect de la législation des conditions de travail et du bien-être des personnes accueillies.

Des résistances au projet peuvent apparaître à tout moment dans l'élaboration du projet. Elles sont parfois difficiles à évaluer avant de le démarrer. Cependant, il est important au fur et à mesure de l'élaboration du projet, de repérer les poches de résistance au sein du groupe de professionnels mais aussi des personnes accueillies et des familles et enfin du groupe d'administrateurs. Ces résistances peuvent venir aussi des représentants des conseils généraux ou des DDASS face à des projets innovants par exemple pour lesquels ils n'ont pas de critères d'évaluation pour le juger. Ces résistances peuvent aussi venir de contradictions entre le désir de maintenir un niveau d'autonomie chez les personnes accueillies, reflétant l'exigence sociale d'une certaine [liberté individuelle](#), et la responsabilité qui incombe aux dirigeants de défendre les personnes au nom de leur fragilité parfois même sans leur consentement.

1.2.3 Le projet de soins

Il définit les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie du résident. Il doit être en cohérence avec les orientations de l'institution. Il sert de référence à la réflexion soignante en terme d'évolutivité des méthodes et des conceptions. Il relève de la responsabilité du médecin coordonateur qui doit s'assurer du concours de l'équipe soignante. Le projet de soins doit être adapté à chaque EHPAD et doit formaliser des procédures et des protocoles permettant une meilleure prise en charge :

- des personnes en fin de vie,
- de la douleur,
- des personnes souffrant d'incontinence et d'altération des fonctions cognitives,
- de la prévention des chutes, des escarres et de la perte d'autonomie.

1.2.4 Le personnel en établissement

Selon les chiffres élaborés par la Direction de la Recherche, des Etudes , de l'Evaluation des Statistiques (DREES), plus de 397 000 personnes sont employées dans l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées⁶⁶. Le personnel des EHPAD se répartie en sept catégories qui comprennent le personnel de direction (agents administratifs et gestionnaires), le personnel des services généraux (personnel d'entretien et agent de restauration), le personnel d'encadrement (cadres infirmiers et paramédicaux), le personnel éducatif (animateurs et auxiliaires de vie sociale), le personnel médical et paramédical et enfin les agents de service hospitalier public ou privé.

La surreprésentation du personnel féminin au sein des EHPAD est manifeste. En effet, elle s'établit à près de 88%. Ces femmes travaillent davantage dans des postes éducatifs et d'agents de service (plus de 90% pour chacun) et de manière moins prégnante au sein du personnel médical (seulement 42%).

ARTICLES/OUVRAGES SUR PREMIERE PARTIE :

J-J Amyot coord, Pratiques professionnelles en gérontologie, Paris, Dunod, 2007.

J-J Amyot, A. Mollier, Mettre en oeuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, Paris, Dunod, 2002.

D. Dupré-Lévêque, Un ethnologue en maison de retraite. Le guide de la qualité de la vie, Paris, Editions des archives contemporaines, 2001.

G. Duthil, L'arrivée du privé dans la prise en charge, Gérontologie et Société, n°123, décembre 2007.

INSEE, Les personnes âgées, Paris, INSEE, 2005.

J. Prévot, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, DREES Etudes et Résultats, n°689, mai 2009.

A. Thévenet, L'aide sociale aujourd'hui, Paris, ESF Editeur, 2002.

F. Tugores, Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel, DREES Etudes et Résultats, n°379, février 2005.

⁶⁶J. Prévot, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, *DREES, Études et Résultats*, n°689, mai

2 Les enjeux politiques et législatifs des établissements médico-sociaux

2.1 *Des hospices aux maisons de retraite*

2.1.1 18^{ème} - 19^{ème} siècle : la prise en charge des vieillards indigents

Au début du 18^{ème} siècle, l'allongement de l'espérance de vie de la population française pose déjà la question de la prise en charge des personnes vieillissantes dans la société. La communauté comme l'institution familiale assure alors une prise en charge dans le cadre d'une sociabilité primaire c'est-à-dire, « qui lie directement les membres d'un groupe sur la base de leur appartenance familiale, de voisinage, de travail et tissant des réseaux d'interdépendance sans la médiation d'institutions spécialisées⁷ ». Les vieillards sont donc pris en charge au sein de la famille car les liens de solidarité entre ses membres assurent une protection rapprochée. La cohabitation des générations est fréquente au sein de la parenté à l'exception des plus isolés qui sont pris en charge par des institutions sociales comme les hospices qui assurent l'aide aux vieillards les plus démunis. C'est le Comité de mendicité présidé par La Rochefoucault-Liancourt qui présente un plan de réformes sociales en instituant la mise en place d'hospices départementaux pour les vieillards et les infirmes. Ces institutions sont « l'ultime recours pour ceux qui n'ont ni la force de travail nécessaire pour subvenir à leurs besoins, ni l'épargne suffisante pour vivre sans recours, ni le soutien de l'entourage familial (...), elles absorbent alors ces fins de vie⁸ ».

Au 19^{ème} siècle, les évolutions structurelles de la société comme le début de l'exode rural, la révolution industrielle, la croissance des villes mettent en question le rôle des familles dans la prise en charge des aînés. Pour Alain Villez, gérontologue, ces phénomènes structurels modifient la cellule familiale qui est passée d'un modèle à trois générations à un modèle limité à deux, qualifié de nucléaire⁹. Cette cohabitation des générations au sein du foyer familial s'est peu à peu étioyée surtout en zone urbaine sans pour autant disparaître. De plus, en l'absence de protection sociale, les vieillards se paupérisent. Leur prise en charge se fait alors par le placement en hospice qui est régis par la loi du 7 août 1851 puis le décret du 23 mars 1852. Cette loi organise le fonctionnement des hôpitaux et des hospices et prévoit les conditions dans lesquelles seraient reçus et soignés les malades, les vieillards et les indigents « qui y trouveront l'environnement social nécessaire à la conservation de leur état de santé et de leur vie¹⁰ ». Par exemple, à Paris, les hospices les plus connus sont ceux de La Rochefoucauld, l'Institution Sainte Perrine, les fondations Chardon-Lagache. Ces hospices regroupent des vieillards isolés et démunis.

Avec l'élévation du niveau de vie et de la forte structuration de la protection sociale, les hospices vont devenir progressivement des établissements définis comme des lieux

⁷ R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995, p. 34.

⁸ J-J Amyot coord, *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris, Dunod, 2007, p. 602

⁹ A. Villez, EHPAD : la crise des modèles, *Gérontologie et société*, n°123, décembre 2007.

¹⁰ J-P Bois, La santé dans l'histoire de la vieillesse, in La vieillesse dans tous ses états, *Sociologie Santé*, n°23, décembre 2005.

d'enfermement, des espaces clos où se pratique une gestion collective et déshumanisée des personnes.

2.1.2 20^{ème} siècle : le renouveau de la prise en charge

Durant la seconde moitié du 20^{ème} siècle, la prise en charge des personnes vieillissantes connaît un tournant. En effet, l'avènement du système de protection sociale (et en particulier des retraites) puis, les conclusions du rapport Laroque ont largement contribué à donner une nouvelle représentation des personnes âgées dans la société française. Le vieillard est ainsi reconnu dans sa dignité et comme un citoyen à part entière qui ne doit plus être pris en charge par des lois d'aide sociale, lui donnant l'image d'un vieillard pauvre et assisté. L'ordonnance du 11 novembre 1958 prévoit que « si les hospices ne reçoivent que des vieillards, ils prennent le nom de maison de retraite ». Par la suite, la loi du 30 juin 1975 supprime les hospices et préconise « l'humanisation » des établissements. Les conditions de vie au sein de ces structures sont considérées comme déplorables et ils doivent être transformés soit en établissements sociaux, médicalisés ou non, soit en unités de soins de long séjour mais en aucun cas en lits de soins aigus ou en lits de moyen séjour. D'autres structures que les maisons de retraite se développent : ce sont les foyers-logements, les résidences-services... Les premières maisons de retraite ont été créées à l'initiative soit des congrégations religieuses qui pour Villez, étaient soucieuses d'évoluer par rapport à la tradition des œuvres hospitalières ou philanthropiques dont elles assuraient traditionnellement la gestion, soit des hôpitaux publics ou des caisses de retraite. Ils n'hébergeaient alors que des personnes valides. Pourtant, l'état de santé des personnes vivant dans ces établissements pouvait se dégrader, ce qui a conduit à une transformation des maisons de retraite et à une médicalisation de plus en plus accrue.

2.2 Des maisons de retraite aux EHPAD

2.2.1 « La loi sociale » de 1975

En 1975, deux lois ont consacré l'existence du secteur social et médico-social : une loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et une autre relative aux institutions sociales et médico-sociales, dite « loi sociale » à destination de quatre catégories de publics :

- ./ les personnes âgées,
- ./ les personnes handicapées,
- ./ l'enfance,
- ./ les personnes en situation d'exclusion.

Le secteur social et médico-social est alors défini comme « un ensemble homogène, soumis à des règles communes¹¹ ». La loi de 1975 consacre l'autonomie du secteur social et médico-social et donne un fondement légal aux institutions sociales et médico-sociales par des dispositions juridiques. De plus, la loi a favorisé la capacité d'initiative pour permettre le développement d'institutions accueillant des personnes âgées ou handicapées. Enfin, la loi

¹¹ J-F Bauduret, M. Jaeger, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation*, Paris, Dunod, 2002, p. 1.

prévoit également la médicalisation des maisons de retraite et des foyers-logements sous la forme de sections de cure médicale afin de répondre aux nombres de plus en plus important de personnes âgées invalidantes résidant au sein des maisons de retraite. La réglementation précisait que ces places médicalisées ne devaient pas excéder 25% de la capacité totale d'accueil des établissements.

Depuis son entrée en vigueur, la loi a subi de nombreuses modifications législatives comme celle de 1986 issue de la décentralisation qui redéfinit les champs de compétence de l'Etat et du département et celle de 1996 qui rapproche le secteur social et médico-social avec le secteur sanitaire alors que la loi de 1975 préconisait leur autonomie. En décembre 1995, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) publie un rapport sur la loi de 1975. Il relève certaines lacunes comme l'inadaptation de la loi à la création de certaines structures comme les accueils de jours et démontre le frein dans la prise en charge de la frontière entre le sanitaire et le social notamment pour les personnes âgées.

2.2.2 - La réforme de la tarification de 1997

Afin de répondre aux évolutions démographiques, les établissements accueillant des personnes âgées se sont profondément restructurés depuis une vingtaine d'années. La première réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) remonte à la loi du 24 janvier 1997 qui créait aussi la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Cette réforme faisait évoluer la tarification binaire des établissements (hébergement/soins) vers une tarification ternaire (hébergement/soins/dépendance):

- Le tarif journalier moyen « hébergement » tient compte des charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale, des charges relatives à l'emploi des personnels d'accueil, d'animation à la vie sociale, d'entretien, de restauration et d'administration générale. Il est payé en totalité par le résident.
- Le tarif journalier « soins » financé par l'assurance maladie en dotation globale, sauf pour les non assurés sociaux : ils regroupent les charges relatives aux prestations et fournitures médicales, les charges de personnel et l'amortissement du matériel médical.
- Trois tarifs journaliers « dépendance » selon le niveau de dépendance de la personne, payés par le résident qui peut bénéficier de l'APA pour l'aider. Cependant, un nombre croissant de départements verse désormais l'APA directement aux établissements sous la forme d'une enveloppe calculée selon les GMP de l'établissement.

Ce texte obligeait les établissements à entrer dans ce nouveau cadre en contractualisant par le biais d'une *convention tripartite pluriannuelle* avec l'Etat (DDASS) et le Conseil général avant le 31 décembre 1998 sous peine de ne plus pouvoir accueillir des personnes âgées dépendantes. Toutefois, cette date limite a été reportée à plusieurs reprises : au 27 avril 2001, puis au 31 décembre 2003, puis au 31 décembre 2005 (ou 2006 pour les foyers logements). Elle a été à nouveau repoussée à la fin 2007. L'objectif de cette réforme était d'allouer aux établissements des ressources de manière plus rationnelle et plus transparente en fonction de l'état de dépendance de la personne et non plus en fonction du statut de la structure. Plus précisément, un établissement dont le niveau de dépendance de ses résidents (GIR moyen pondéré = GMP) dépassait le seuil de 300 devait négocier une convention tripartite avec l'Etat (DDASS) et le Conseil Général.

La convention tripartite présente l'établissement, son histoire, ses spécificités, ses moyens matériels et humains, ses points forts et ses points faibles ce qui permet de contractualiser sur des objectifs d'amélioration. Cette démarche d'auto-évaluation appelée aussi évaluation interne n'est pas simple et des outils pour guider la réflexion ont été élaborés comme le référentiel [ANGELIQUE](#) et ses 147 questions.

L'établissement a en principe le choix de son référentiel pour réaliser l'évaluation interne mais dans les faits, le référentiel Angélique est devenu le référentiel officiel pour signer une convention tripartite.

Ainsi, l'élaboration d'une convention tripartite permet à l'établissement de s'interroger sur les rythmes de vie dans l'établissement, la préservation de l'autonomie, les activités proposées etc. Il permet donc de repenser la maison de retraite comme un lieu de vie en même temps qu'un lieu de soins. Pour Colette Eynard, Olga Piou et Alain Villez, tous les trois consultants en gérontologie, il est indispensable que les différents acteurs en présence (familles, résidents, professionnels et d'autres comme les élus, le conseil d'administration, les libéraux, les bénévoles...) participent à l'élaboration de la convention tripartite pour définir puis mettre en œuvre au mieux les modalités d'accompagnement renouvelées¹². De plus, elle oblige l'établissement et ses financeurs extérieurs à débattre ensemble du diagnostic et des priorités d'améliorations. Enfin, elle permet de remettre de l'ordre dans les budgets.



En 2000, on dénombrait 15 conventions signées, 96 en 2002 et 1251 en 2004. Au 31 décembre 2007, 92 % des établissements avaient signé leur convention tripartite. L'évolution des signatures a été relativement lente en raison d'un défaut de pilotage et l'application de règles issues de la réforme, plutôt adaptées aux maisons de retraite médicalisées et non aux Unités de Soins de Longue Durée (USLD), aux foyers logements, ou aux petits établissements.

2.2.3 La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002

La réforme opérée par la loi du 2 janvier 2002 rénove la loi du 30 juin 1975 sur les établissements sociaux ou médico-sociaux. Elle s'articule autour de quatre orientations :

¹² C. Eynard, O. Piou et A. Villez, *Conduire le changement en gérontologie. Principes, Méthodes et cas pratiques*, Paris, Dunod, 2009.

- L'affirmation et la promotion des droits des bénéficiaires et leur entourage. Elle vise « à une meilleure reconnaissance du sujet citoyen, en définissant les droits et libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social (...) puis en fournissant des outils propres à garantir l'exercice effectif de ces droits ¹³ ». Ces outils sont le livret d'accueil, la chartre des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, le conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement.
- L'élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale et la diversification des interventions des établissements et services concernés. La loi met l'accent sur le respect de l'égalité de dignité de tous et l'accès équitable sur tout le territoire.
- L'amélioration des procédures techniques de pilotage du dispositif. La loi redéfinit les schémas départementaux et leur modalité d'élaboration. De plus, les demandes d'autorisation sont alors reçues au cours de périodes déterminées et examinées sans tenir compte de leur date de réception. Les autorisations ne sont plus données sur une durée indéterminée mais pour une durée déterminée de 15 ans.
- Enfin, tous les établissements doivent se soumettre à une procédure d'évaluation. Les établissements doivent pratiquer tous les cinq ans une « auto-évaluation » ou évaluation interne » et faire pratiquer une évaluation externe tous les sept ans.

2.2.4 La Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » en 2009

Cette dernière loi modifie à nouveau en profondeur le secteur social et médico-social vers un objectif de rapprochement avec le secteur sanitaire, tant du point de vue de la planification du développement de l'offre que du point de vue du financement de la médicalisation des établissements. Plusieurs aspects se modifient :

La création des agences régionales de santé ou ARS à la place des ARH, URCAM et DASS : ce sont désormais les ARS qui pilotent l'ensemble du secteur médicosocial et sanitaire (dans leur partie soins)

La planification sociale et médico-sociale tient compte de l'instauration des nouvelles agences de santé avec :

- Au niveau national, le schéma d'organisation national qui est maintenu pour les établissements médico-sociaux (EMS) recevant des publics relevant d'une liste fixée par décret. Ce schéma est établi par les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, sur proposition de la Caisse Nationale pour l'autonomie (CNSA), après avis du CNOSS (comité national d'organisation sociale et sanitaire)
- Au niveau régional : le préfet de région établit le schéma régional pour les publics relevant de ce niveau de décision et le directeur de l'ARS établit un schéma régional d'organisation médico-sociale.
- Au niveau départemental : le président du conseil général établit le schéma départemental.
- Les PRIAC (programme interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) créés par la loi du 11 février 2005 sont désormais établis par le directeur général de l'ARS.

¹³ *Ibid*, p. 99.

Une nouvelle réforme de la procédure d'autorisation des établissements qui ne s'applique qu'aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension ou de transformation d'établissements et services médico-sociaux déposées à compter du 1^{er} juillet 2010. Avec la création des ARS, les compétences en matière d'autorisation évoluent :

- sans changement par rapport à l'ancienne législation, lorsque les prestations dispensées sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque les interventions relèvent de la compétence départementale, l'autorisation reste délivrée par le Président du conseil général comme c'est le cas notamment des établissements d'accueil ou les services pour les personnes âgées dépendantes ou les adultes handicapés.
- lorsque les prestations dispensées sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, l'autorisation sera désormais délivrée par le directeur général de l'ARS comme c'est le cas notamment des établissements d'accueil ou les services pour les personnes âgées dépendantes ou les adultes handicapés. On notera le cas particulier des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) qui relève également de la compétence du directeur général de l'ARS en matière d'autorisation alors qu'ils ne sont pas financés par l'assurance maladie mais en revanche par l'État.
- lorsque l'établissement ou le service est financé par l'État, il doit recevoir une autorisation par le préfet du département.

L'autorisation doit être délivrée conjointement lorsque l'établissement ou le service est susceptible de recevoir des financements de la part du conseil général et de l'ARS (notamment cas des établissements d'accueil ou les services pour les personnes âgées dépendantes ou les adultes handicapés).

La loi HPST supprime les Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Cette suppression s'accompagne de la création d'une commission de sélection d'appel à projets à partir du 1^{er} juillet 2010 qui donnera un avis sur la demande d'autorisation lorsque les projets feront appel partiellement ou totalement à des financements publics ou lorsque que des projets d'extension ou de transformation y feront appel. Un décret fixera les règles de publicité, de modalités d'appel et de contenu du cahier des charges de ces appels à projets. A souligner : une partie des appels à projets doivent être réservés aux projets expérimentaux ou innovants selon un cahier des charges allégé et les regroupements d'établissements n'entrent pas dans cette procédure s'il n'y a pas d'extension de la capacité des places.

	Avant le 1^{er} juillet 2010	A partir du 1^{er} juillet 2010
Établissements et services pour personnes âgées	Lorsque les prestations dispensées sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque les interventions relèvent de la compétence départementale, l'autorisation reste délivrée par le Président du conseil général	
	Lorsque les prestations dispensées sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, l'autorisation est délivrée par le préfet de département.	Lorsque les prestations dispensées sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, l'autorisation sera désormais délivrée par le directeur général de l'ARS
Établissements et services	L'autorisation doit être	L'autorisation doit être

pour handicapés	personnes	délivrée conjointement par conseil général et le préfet de département lorsque l'établissement ou le service sont susceptible de recevoir des financements de la part du département et de l'assurance maladie	délivrée conjointement par le conseil général et de l'ARS lorsque l'établissement ou le service sont susceptible de recevoir des financements de la part du département et de l'assurance maladie
----------------------------	------------------	--	---

La modification des évaluations interne et externe : Désormais les établissements et services autorisés avant le 22 juillet 2009 doivent communiquer les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai qui sera fixé par décret. Pour les EMS créés après cette date, un décret devra fixer le rythme des évaluations internes et les modalités de restitution. De plus, les EMS sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et son renouvellement (15 ans). Mais les EMS ouverts avant le 22 juillet 2009 doivent procéder à cette formalité au plus tard 2 ans avant la date de renouvellement de leur autorisation.

Le renforcement de la contractualisation : par dérogation de l'obligation de conventionnement tripartite, les EHPAD et les USLD qui ensemble atteignent un seuil de capacité (100 à 150 salariés) et un seuil de produits de leur tarification (3 millions d'euros de bilan et plus de 12 millions de produits de tarification) font l'objet d'un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) signé entre l'état et le gestionnaire. Ce CPOM comporte des objectifs de qualité à atteindre.

Le renforcement de la coopération par l'intermédiaire de GIE (groupement d'intérêt économique), GIP (groupement d'intérêt public) ou de GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale) avec une possibilité nouvelle : la création de réseaux sociaux et médico-sociaux.

ARTICLES/OUVRAGES SUR LA DEUXIEME PARTIE

- J-J Amyot coord, Pratiques professionnelles en gérontologie, Paris, Dunod, 2007
V. Baudet-Caille, La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, Actualités Sociales Hebdomadaires, supplément au n°2363, juin 2004.
J-F Bauduret, M. Jaeger, Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation, Paris, Dunod, 2002.
N. Benoît-Lapierre et alii, Vieillesse des pauvres, Paris, Editions Ouvrières, 1980.
C. Bernand, Les vieux vont mourir à Nanterre, Paris, Le Sagittaire, 1978.
J-P Bois, La santé dans l'histoire de la vieillesse, in La vieillesse dans tous ses états, Sociologie Santé, n°23, décembre 2005.
R. Castel, Les métamorphoses de la question sociale, Paris, Fayard, 1995.
C. Eynard, O. Piou et A. Villez, Conduire le changement en gérontologie. Principes, Méthodes et cas pratiques, Paris, Dunod, 2009.
A-M Guillemard, Le déclin du social, Paris, Presses Universitaires de France, 1986.
M-J Maerel, Une réforme décidément laborieuse, Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2428-2429, novembre 2005.
Dossier du mois, Réforme de la tarification des EHPAD : un bilan en demi teinte pour les CCAS, Actes, n°389, juin 2008.

3 Les enjeux sociaux de la prise en charge en établissement

3.1 Le profil des résidents

En 1968, 263 200 personnes âgées habitaient en maison de retraite soit une proportion de 2,8% des personnes âgées¹⁴. Plus de quarante ans après, en 2007, 657 000 d'entre elles vivaient dans des établissements médico-sociaux ou de santé accueillant des personnes âgées pour un hébergement temporaire ou en accueil de jour ou de nuit¹⁵. Ce chiffre est en constante augmentation. L'institutionnalisation s'accroît avec l'âge car elle représente environ 10% des personnes de plus de 75 ans et atteint 24% des personnes de plus de 85 ans.

Les EHPAD accueillent les trois quart des personnes âgées. Les foyers-logements en reçoivent près de 17%, les maisons de retraite non-EHPAD 5% et les unités de soins de longue durée 3%.

3.1.1 Une majorité de femmes

Les femmes sont majoritaires en institution. Cela s'explique par leur surreprésentation dans la population âgée. En effet, elles représentent 63% des 75 ans et plus et 71% des 85 ans et plus. Il est donc logique de les retrouver en grand nombre au sein des établissements pour personnes âgées. Ainsi, 13% des femmes de 75 ans et plus et 28% des femmes de 85 ans et plus vivent en établissement contre respectivement 6% et 14% des hommes. Jusqu'à l'âge de 68 ans, les hommes sont majoritaires dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) et ce n'est qu'ensuite que les femmes sont plus nombreuses¹⁶. Plus précisément, on compte 80 femmes pour 100 hommes parmi les moins de 65 ans contre 579 femmes pour 100 hommes chez les plus de 90 ans. En population générale, le rapport est de 336 femmes pour 100 hommes pour cette dernière tranche d'âge.

3.1.2 Un âge élevé

Pour Christiane Delbès et Joelle Gaymu¹⁷, l'amélioration des conditions de vie et la sélection de plus en plus forte par l'état de santé engendre une institutionnalisation plus tardive des personnes âgées avec de lourds handicaps. Il y a 25 ans, l'âge moyen d'entrée en maison de retraite était de 80,2 ans, il est en 2007 de 83,5 ans soit trois mois de plus qu'en 2003. Cependant, l'âge d'entrée en institution est variable selon le type d'établissement. Ainsi, le logement-foyer pouvant constituer une transition entre le logement personnel et l'institution constitue une entrée plus précoce pour les personnes âgées. En 2007, les entrants dans ce type de structure étaient âgés en moyenne de 80 ans et 7 mois. Les logements-foyers classés en

¹⁴ M. Mayen, La population des hospices et des maisons de retraite, *Population*, n°1, janvier-février 1972.

¹⁵ J. Prévot, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, *DREES, Études et Résultats*, n°689, mai

¹⁶ P. Coste, Profil des personnes âgées dans les établissements médico-sociaux ou de santé, *Soins Gérontologie*, n°59, mai/juin 2006.

¹⁷ C. Delbès, J. Gaymu, Qui vit en institution ?, *Gérontologie et Société*, n°112, mars 2005

EHPAD affichent un âge moyen supérieur à ceux qui n'ont pas le statut EHPAD puisqu'il est de respectivement de 83 ans et 8 mois contre 79 ans et 6 mois.

3.1.3 Une forte perte d'autonomie

Mettre le lien avec le dossier documentaire sur la perte d'autonomie

D'après la DREES, la clientèle des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPAD) est de plus en plus dépendante ce qui rend nécessaire une médicalisation croissante des établissements. Hors logements-foyers non EHPAD, 84% des résidents sont dépendants en 2007 contre 81% en 2003¹⁸ (GIR 1 à 4). Un peu plus de la moitié (51%) des résidents sont classés comme très dépendants (GIR 1 et 2).

Au sein des Unités de Soins de Longue Durée (USLD), la part des personnes âgées dépendantes atteint 98% dont 82% de fortes dépendances. En EHPAD, 85% des résidents sont dépendants et 51% sont très dépendants. Ces taux de dépendance sont variables selon le type de structures accueillant les personnes âgées. En effet, les EHPAD appartenant au secteur privé lucratif accueillent davantage de personnes très dépendantes (55% des GIR 1 et 2) contre 47% pour le secteur privé non lucratif. Le secteur public est moins concerné par la grande dépendance car il représente 51%. Le secteur public est moins concerné par la grande dépendance car il représente 51%. Le secteur public est moins concerné par la grande dépendance car il représente 51%. Le foyer-logements classés en EHPAD accueillent eux aussi davantage de personnes dépendantes puisque 32% des résidents sont très dépendants et 20% des résidents sont classés en GIR 6 contre 62% des résidents de logements-foyers non EHPAD.

Si l'on s'intéresse aux variables mesurant la perte d'autonomie de la grille AGGIR, 88% des résidents en EHPAD ont besoin d'une aide pour faire leur toilette (hors logement-foyers non EHPAD) et 79% pour s'habiller. Les troubles de cohérence des résidents concernent entre 74% et 82% des résidents.

Les USLD sont nettement plus touchés par la perte d'autonomie. Dans ces structures, 98% des résidents ont besoin d'aide pour leur toilette, 96% pour l'habillage et 92% pour l'hygiène et l'élimination. En EHPAD, ces taux s'élèvent respectivement à 88%, 79% et 69%. Ils sont plus élevés qu'en maisons de retraite non-EHPAD où ils sont de 80%, 70% et 57%.

Par conséquent, l'hébergement des personnes dont l'état de santé et la perte d'autonomie s'aggrave a contraint les établissements pour personnes âgées à se médicaliser afin de mieux répondre aux besoins des personnes hébergées.

La sociologue Catherine Guchet a montré les différences de profils des résidents depuis années 1970 jusqu'à nos jours. Ceux-ci appartenait à une frange de la population âgée « défavorisée socialement» alors qu'elle concerne aujourd'hui une part de la population beaucoup plus large, caractérisée par son âge et ses handicaps plutôt que par ses origines sociales. Elle souligne que la dépendance (la perte d'autonomie) fonctionnerait aujourd'hui comme un processus discriminatoire comme ont pu l'être les caractéristiques sociales en 1968¹⁹. Cependant pour la DREES²⁰, la population des résidents des maisons de retraite est

¹⁸J. Prévot, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, DREES, *Études et Résultats*, n°689, mai

¹⁹C. Gucher, L'institutionnalisation comme élément de mobilité résidentielle et processus de disqualification sociale. Le cas des personnes âgées, *L'année Gerontologique*, vol 19, 2005.

²⁰M. Eenschooten, Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus, *DREES Etudes et Résultats*, n°108, mars 2001.

caractérisée principalement par des classes populaires d'anciens ouvriers (43% des hommes et 24% des femmes). Une part des résidents n'a jamais travaillé (13%), ce sont surtout les femmes célibataires ou des veuves d'anciens ouvriers qui ne disposent sans doute pas de moyens financiers pour rester à leur domicile. Les cadres supérieurs sont les moins représentés au sein des établissements pour personnes âgées (seulement 3%) alors que leur proportion, parmi les personnes âgées de 60 ans et plus qui vivent à domicile est trois fois supérieure. Ils disposent donc davantage de moyens financiers pour rester à leur domicile.

3.2 *L'isolement social des résidents des établissements*

3.2.1 Les liens familiaux

Les établissements pour personnes âgées sont très souvent associés dans l'imaginaire collectif à des « mouirois » qui concentrent une frange de la population marquée par un fort isolement social et familial. Le sociologue Norbert Elias, qualifie ces établissements « de désert de solitude²¹ » tant les relations sociales des résidents, en particulier les liens familiaux peuvent être quasi inexistantes.

L'entrée en établissement est décidée à la suite de la survenue de plusieurs facteurs dont la détérioration de l'état de santé ainsi que l'insuffisance de l'aide formelle (les professionnels) ou informelle (la famille, les voisins entre autre) soit par choix volontaire, afin de ne pas être dépendant des membres de la filiation, ou bien dans des situations d'isolement social. L'isolement social renvoie à un phénomène mesurable, renvoyant à une situation concrète²² et il ne doit pas être confondu avec la solitude, qui représente une expérience subjective.

Selon Christel Aliaga et Martine Neiss, démographes, un résident sur cinq ne possède plus de famille proche et serait donc dans une situation d'isolement social²³. De plus, l'étude menée par Aline Désesquelles et Nicolas Brouard montrent que les personnes âgées vivant en institution ont, à âge égal, un réseau familial proche qui serait près de deux fois plus réduit que celui des personnes vivant à domicile²⁴. En effet, un peu plus de la moitié des personnes résidant en institution n'ont ni frère, ni sœur en vie alors que cette proportion n'est que de 27% pour celles vivant à domicile. La raison de cette différence est expliquée en partie par l'entrée à des âges élevés, comme nous l'avons vu auparavant, au sein des établissements pour personnes âgées, ce qui réduit d'autant l'existence des personnes proches de la même génération. Enfin, toujours selon cette même étude, la présence des membres de la famille est moins importante en institution qu'à domicile puisque 85% des personnes âgées voient leurs enfants au moins une fois par semaine et elles ne sont plus que 43% en établissements pour personnes âgées.

Les établissements encouragent pourtant les liens familiaux en leur sein mais l'entrée en institution peut constituer un bouleversement pour le maintien des liens avec la personne âgée. Pour Claudine Badey-Rodriguez, psychologue, l'entrée en institution a des répercussions sur l'ensemble de la dynamique familiale et le personnel d'établissement doit

²¹ N. Elias, *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgeois Editeurs, 1987, p. 101.

²² P. Pitaud, Solitude et isolement, in *La vieillesse dans tous ses états, Sociologie Santé*, décembre 2005, n°23.

²³ C. Aliaga, M. Neiss, Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution, *DREES Etudes et Résultats*, n°35, octobre 1999.

²⁴ A. Désesquelles, N. Brouard, Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution, *Population*, n°2, vol. 58, 2003, p. 201-227.

œuvrer à un véritable travail avec les familles²⁵. L'enjeu est d'exprimer les émotions des différents protagonistes à la suite du placement et d'accompagner les familles afin d'aborder la situation de manière plus facile et plus sereine.

3.2.2 La situation matrimoniale

L'autre déclencheur de l'isolement social est caractérisé par la situation matrimoniale des personnes âgées. Pour Aline Désesquelles et Nicolas Brouard, les personnes âgées vivant en institution ayant un conjoint vivant est relativement faible (seulement 9% d'entre elles), par rapport à celles vivant à domicile (64%)²⁶. Plus généralement, les personnes âgées veuves, séparées, divorcées et célibataires sont plus nombreuses au sein des institutions. En effet, 62% des résidents sont veufs, 24% sont célibataires et 5% sont divorcés ou séparés alors que les proportions des personnes vivant à domicile sont respectivement de 25% pour les veufs, 6% pour les célibataires et 5% pour les divorcés ou séparés. Seuls les USLD reçoivent proportionnellement plus de personnes ayant un conjoint vivant à domicile (17%). En effet, l'entrée dans ce type de structures est fortement liée à l'aggravation de l'état de santé, et donc un peu moins au fait de vivre seul et d'avoir besoin d'être aidé dans la vie quotidienne.

Etre sans conjoint est donc la situation de la très grande majorité des personnes âgées résidant en institution et elle s'accroît selon le sexe de la personne : près de 94% des femmes en institution n'ont pas de conjoint contre 79% des hommes²⁷. Ceci est également repérable dans l'ensemble de la population des personnes âgées : les femmes âgées sont plus concernées par le veuvage que les hommes ce qui conduit certains à dire que « le veuvage est aux femmes ce que la retraite est aux hommes²⁸ ».

Les résidents des maisons de retraite sont donc caractérisés par un isolement social plus important que les personnes âgées vivant à leur domicile. Cet isolement se remarque par des liens familiaux plus fragiles et une situation matrimoniale marquée par un veuvage important.

ARTICLES/OUVRAGES SUR LA TROISIEME PARTIE

C. Aliaga, M. Neiss, Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution, *DREES Etudes et Résultats*, n°35, octobre 1999.

C. Attias-Donfut, *Les solidarités entre générations, vieillesse, familles*, Etat, Paris, Nathan, coll. « Essais et recherches », 1995.

C. Badey-Rodriguez, L'entrée en institution : un bouleversement pour la dynamique familial, *Gérontologie et Société*, n°112, mars 2005.

P. Coste, Profil des personnes âgées dans les établissements médico-sociaux ou de santé, *Soins Gérontologie*, n°59, mai/juin 2006.

C. Delbès, J. Gaymu, Qui vit en institution ?, *Gérontologie et Société*, n°112, mars 2005.

C. Delbès et J. Gaymu, Le choc du veuvage à l'orée de la vieillesse : vécus masculins et féminins, *Population*, n°57, 2002, p. 879-910.

²⁵ C. Badey-Rodriguez, L'entrée en institution : un bouleversement pour la dynamique familial, *Gérontologie et Société*, n°112, mars 2005.

²⁶ A. Désesquelles, N. Brouard, Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution, *Population*, n°2, vol. 58, 2003, p. 201-227.

²⁷ A. Désesquelles, L'isolement des personnes âgées en institution : une réalité ? in intervention du colloque de l'AIDELF, BYBLOS du 10-13 octobre 2000

²⁸ V. Caradec, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan Université, 2001, p.113.

- A. Désesquelles, N. Brouard, Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution, *Population*, n°2, vol. 58, 2003, p. 201-227.
- A. Désesquelles, L'isolement des personnes âgées en institution : une réalité ? in intervention du colloque de l'AIDELF, BYBLOS du 10-13 octobre 2000
- N. Elias, *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgeois Editeurs, 1987.
- M. Eenschooten, Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus, *DREES Etudes et Résultats*, n°108, mars 2001.
- C. Gucher, L'institutionnalisation comme élément de mobilité résidentielle et processus de disqualification sociale. Le cas des personnes âgées, *L'année Gériatologique*, vol 19, 2005.
- M. Mayen, La population des hospices et des maisons de retraite, *Population*, n°1, janvier-février 1972.
- P. Pitaud, Solitude et isolement, in La vieillesse dans tous ses états, *Sociologie Santé*, décembre 2005, n°23.
- J. Prévot, Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, *DREES Etudes et Résultats*, n°699, août 2009.
- V. Caradec, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan Université, 2001.